Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Über einen Fall von Kompressionsmyelitis und chronischer Paranoia.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Fritz Schneider

aus Potsdam.

Kiel 1917.

Druck von Schmidt & Klaunig.

Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Über einen Fall von Kompressionsmyelitis und chronischer Paranoia.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Fritz Schneider

aus Potsdam.

Kiel 1917.

Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 32.

Rektoratsjahr 1917/18.

Referent: Geheimrat Prof. Dr. **Siemerling**.

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. **v. Spee**

z. Z. Dekan.

Meiner Mutter
und dem Andenken meines Vaters
gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153522_0189

Es war schon im Altertum bekannt, daß plötzliche Veränderungen des körperlichen Befindens, sei es infolge einer körperlichen Erkrankung oder infolge eines Traumas verschiedenartige Wirkungen auf das Nervensystem im Gefolge haben. Es gibt eine Unmenge Literatur über Fälle von Geisteskrankheit, die durch eine der beiden Ursachen bedingt ist.

Bei dem Falle, der meiner Arbeit zu Grunde liegt, handelt es sich um eine Kompressionsmyelitis mit chronischer Paranoia. Wir wollen zunächst auf die beiden Krankheitsbilder einzeln eingehen und im Anschluß daran sehen, ob und wieweit die eine Krankheit durch die andere bedingt ist.

Unter der Bezeichnung Rückenmarkskompression faßt man die Wirkungen aller extra- und auch intraspinalen Prozesse zusammen, welche umschriebene Partien des Rückenmarks durch langsam eintretenden und ebenso verlaufenden Druck schädigen; die plötzlich eintretenden Druckwirkungen gehören zu den traumatischen Erkrankungen, die hier nicht weiter behandelt werden sollen.

Die pathogenetische Beurteilung der durch die Kompression des Rückenmarks herbeigeführten spinalen Veränderungen hat im Laufe der Jahrzehnte die verschiedensten Wandlungen erfahren.

In den 20er Jahren hatten Ollivier und Louis zuerst eine rein mechanische Auffassung der durch Wirbel-

caries bedingten Kompression geäußert. Darauf traten Leyden und Migaud für die myelitische Natur der in dieser Zeit zuerst genauer mikroskopisch studierten Veränderungen ein. Später wurde dann auch eine gemischte Theorie aufgestellt, Druckwirkung und Myelitis.

Von entscheidender Bedeutung über die Lösung dieser Frage wurden dann die von Koehler eingeleiteten Untersuchungen reiner Kompressionswirkung; so war auch die von ihm gegebene Deutung, daß die Einwirkung der gestauten Gewebssäfte auf die infolge der Kompression unzureichend ernährten Nervenelemente das ausschlaggebende Moment sei, die Basis aller folgenden bes. von Schmauss fortgeführten Untersuchungen.

Dieses Stauungsödem als nächste Folge der Kompression setzt die Funktion und Leistungsfähigkeit der Rückenmarkssubstanz herab oder hebt sie zeitweilig ganz auf. Auch der durch die Kompression erzeugten Anaemie hat man Bedeutung für die spinalen Symptome beigemessen. Welchen dieser beiden Momente aber größere Bedeutung beizumessen ist, ist noch nicht sicher entschieden. Es kommt auch noch außer dem Stauungsödem eine entzündliche Schwellung durch toxische Entzündungsreize in Betracht.

Bei längerem Bestehen des Ödems kann es nun weiter zur Quellung und Erweichung des Nervengewebes kommen, die von einer reaktiven Entzündung gefolgt ist, und wir treten dann in das Stadium der Myelitis ein.

Wir haben dann die der akuten oder subakuten Myelitis entsprechenden klinischen Erscheinungen. Es kommt zu Paraplegie mit Blasen- und Mastdarmlähmung und in der Folge zu Rigidität der gelähmten Muskeln und Steigerung der Reflexe. Die Sensibilität ist oft in geringerem Grade beteiligt, kann sogar vollkommen intakt sein. Je nach dem Grade und Sitz der Kompression sind natürlich die Lähmungserscheinungen verschieden. Die Art, wie die Symptome auftreten und die Reihenfolge hängt natürlich sehr davon ab, ob die Querschnittsunterbrechung akut und gleich vollkommen eintritt, z. B. durch plötzliches Zusammensinken der Wirbel-

körper oder kollateralem Ödem des Markes oder sich bei langsamer Kyphosebildung oder Kompression durch extradurale Geschwulstmassen langsam entwickelt. Während im ersten Fall das Bild einer totalen Querschnittsunterbrechung in bestimmter Höhe mit Lähmung aller Funktionen unterhalb der Läsionsstelle eintreten kann (Sensibilität, Motilität, Sphinkteren, Reflexe), pflegt bei langsamer Kompression und z. B. auch bei dem Sitz der Geschwulst in den Cervical- oder Dorsalwirbeln zunächst nur die Motilität zu leiden und eine spastische Lähmung beider Beine einzutreten.

Bei der Kompression in der Gegend der Lendenwirbelsäule haben wir meist nur eine schlaffe Lähmung.

Zu den dabei in Betracht kommenden Prozessen gehören also alle Affektionen, die direkt oder indirekt auf dem Wege der Wirbelerkrankungen das Rückenmark schädigen und unter diesen vor allem die tuberkulöse Wirbelcaries. Ferner alle die verschiedenen raumbeschränkenden Erkrankungen der harten und weichen Rückenmarkshäute, also hauptsächlich die verschiedenen Geschwülste.

Bruns teilt diese in 2 große Gruppen:

I. Geschwülste, die primär in den Hüllen des Rückenmarks ihren Sitz haben und das Mark erst bei weiterem Wachstum sekundär in Mitleidenschaft ziehen.

II. Geschwülste, die im Rückenmark selbst entstehen, die intramadullären Tumoren.

Die erste Gruppe teilt er in 2 Untergruppen:

1. Tumoren mit primärem Sitz in der knöchernen Wirbelsäule oder in den Weichteilen ihrer Umgebung, vertebrale Tumoren.

2. Tumoren der häutigen Umhüllung des Marks, intravertebrale Tumoren.

Letztere zerfallen wiederum in 2 Untergruppen:

a. Geschwülste, die vom Periost des Wirbelkanals, von der Außenfläche der Dura oder vom extraduralen Fettgewebe ausgehen, bezw. hier ihren Sitz haben, extradurale Tumoren;

als besondere Unterart sind hier noch Tumoren zu nennen, die teils außerhalb, teils innerhalb der Wirbelsäule liegen; zwischen beiden Teilen findet sich ein schmaler Zusammenhang meist im Zwischenwirbelloch, Sanduhrgeschwülste. Derartige Formen kommen vor bei Echinokokken, Sarkomen, Enchondromen und auch Lipomen.

b. Geschwülste, die von der Innenfläche der Dura, der Arachnoidea, dem Ligamentum denticulatum, den Nervenwurzeln oder der Pia ausgehen: intradurale Tumoren.

Die vertebralen Tumoren sind nach Schlesinger die häufigsten.

Bemerkenswert wäre auch der von Adamkiewicz geführte Nachweis über die Kompressibilität der nervösen Zentralorgane, zur Erklärung der bei der Operation von Rückenmarkstumoren gelegentlich beobachteten raschen Rückbildung deutliche Kompression zu erwähnen. Die weiteren Symptome ähneln den Erscheinungen, wie wir sie am querdurchschnittenen Rückenmark haben. So ist vor allem die Steigerung der Reflexe bei aufgehobener Empfindung bemerkenswert. Auf Reizung der Unterextremitäten treten heftige Reflexzuckungen derselben ein, oft ohne daß der Kranke weder vom Reiz noch von den Zuckungen etwas empfindet, und ohne daß er willkürlich irgendeine Bewegung ausführen könnte.

So hat Lannois 1902 bei einem Fall von Kompressionsmyelitis die Steigerung der Sehnenreflexe bei hoher Rückenmarksunterbrechung beobachtet, und gibt folgende Erklärung: beim Kinde, bei welchem die langen absteigenden Bahnen noch kein Myelin besitzen, werden die Haut- und Sehnenreflexe durch kurze Reflexbahnen vermittelt. Späterhin hören diese kurzen Bahnen auf, die Reflexe zu übermitteln, indem sie diese Funktionen den langen Bahnen übergeben. Es kann aber eine individuelle Verschiedenheit eintreten, bei welcher bei manchen Personen die Reflexe sowohl durch die langen wie auch durch die kurzen Bahnen vermittelt werden. In diesem Falle könne es sein, daß die Rückenmarkskompression eine Irritabilität der Pyramidenbahnen und der Myoneurone verursacht und nach völliger Durchtrennung des

Rückenmarks die Reflexe auf dem Wege der wachgerufenen kurzen Bahnen in gesteigerter Weise zu Tage traten. Gleichzeitiges Auftreten der gesteigerten Patellarreflexe bei schwachem Muskeltonus.

Ein weiteres sehr häufiges Symptom besteht darin, daß die Motilität stärker und früher betroffen wird als die Sensibilität.

Im Verlauf der Krankheit werden nicht selten abwechselnd Verschlimmerungen oder Besserungen beobachtet; auch die Lähmung der Harnblase und des Mastdarms geht mitunter zeitweise zurück.

Die Prognose richtet sich vor allem nach der Ätiologie der Kompressionsmyelitis. Oft ist Besserung und Heilung schon deshalb ausgeschlossen, weil die Ursachen der Krankheit unheilbar sind und ohne Aufenthalt fortschreiten. Im allgemeinen war sie bisher nicht sehr günstig, jedoch hat sie sich in letzter Zeit wesentlich dadurch gebessert, daß man mit Erfolg die Ursachen auf chirurgischem Wege hat entfernen können, und dadurch Heilung gebracht hat, denn möglich ist diese auch dann noch, wenn längere Zeit bereits spinale Druckwirkung bestanden hat.

Die nichtchirurgische Therapie ist sehr mannigfaltig. Man hat die Anwendung von Bädern, Massage, Elektrisieren, Korsetts und Gipspackungen und Extension der Wirbelsäule empfohlen.

Jedenfalls hat sich die Therapie nach der Aetiologie der Krankheit zu richten, und davon wird es meist abhängen, ob und wieweit Besserung oder Heilung zu erzielen ist.

Wir wollen uns jetzt dem andern Krankheitsbild des Patienten, der Paranoia chronica, zuwenden.

Die Paranoia, Verrücktheit, wurde früher als eine sekundäre Geistesstörung aufgefaßt, hervorgegangen aus einer Manie oder Melancholie. Snell sen. und Griesinger wiesen zuerst auf das primäre Vorkommen dieser Erkrankung hin, faßten sie als eine selbständige, für sich bestehende Erkrankung auf.

Eine Abart der chronischen Verrücktheit, eine bis in die früheste Jugend zurückreichende Erkrankung benannte Sander „originäre Verrücktheit.“ Westphal gab eine neue Auffassung über die Entwicklung der chronischen Form und bezeichnete eine akute, heilbare Form als „Paranoia acuta.“ Die Existenz einer akuten Paranoia wird von manchen Autoren bestritten, sie wollen nur eine chronische Form anerkennen. Auch über die Ausdehnung dieser letzten Form bestehen noch sehr geteilte Meinungen.

Siemerling bezeichnet die chronische Paranoia als eine langsam sich entwickelnde, meist zu einem System auswachsende und fortschreitende Wahnbildung. Er hält es nicht für richtig, diese Erkrankung ausschließlich als „Verstandesirresein“ aufzufassen. Wenn auch die Störung im Bereich der Verstandestätigkeit oft so in den Vordergrund tritt, daß sie das Bild beherrscht, so ist doch auch die gemütliche, affektive Seite sehr in Mitleidenschaft gezogen.

Die pathologischen Vorgänge erstrecken sich auf beide Gebiete, Vorstellungen und Affekte.

Kunick gibt folgende Definition der Paranoia:

Die Paranoia ist eine Erkrankung des Verstandes, der logischen Denktätigkeit, charakterisiert durch eine völlige Verschiebung des „Ichs“ zur Außenwelt und durch das Vorhandensein von Wahnideen und Sinnestäuschungen. Die Vorgänge in der Außenwelt werden von den Kranken anders als früher beurteilt; sie suchen jedoch den Grund dieser Änderung nicht in ihrem eigenen Innern, sondern verlegen ihn in die Außenwelt, die nach ihrer Meinung in einer anderen, neuen Beziehung zu ihrer Person steht.

Für das Zustandekommen der chronischen Verrücktheit nahm man früher eine geistige Schwäche an. Wenn diese auch manchen Fällen zu Grunde liegt und bei ihrem Vorhandensein eine natürliche Erklärung abgeben kann für die Entstehung der Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen und für die Leichtigkeit, mit der die Kranken davon überwältigt werden, so ist doch geistige Schwäche keineswegs ein unbedingtes Erfordernis. Liegt ein durch Heredität,

Trauma, Vergiftung, senile Veränderung geschädigtes Gehirn vor, so kann die dadurch gesetzte Invalidität des Trägers die natürliche Erklärung für die Entstehung der Verrücktheit abgeben. Nicht selten sehen wir eine eigenartige Veranlagung des Charakters, in erster Linie durch Heredität bedingt, zu Grunde liegen. Es sind oft eigentümlich stille, grüblerisch veranlagte, rechthaberische, reizbare, mißtrauische Personen, bei denen bestimmte Gelegenheitsursachen die Erkrankung auslösen. In fast $^3/_4$ aller Fälle ist eine erbliche Belastung nachzuweisen. Unter den Gelegenheitsursachen spielen Alkoholismus, Haft, starke gemütliche Erregung durch Rechtsstreitigkeiten, Enttäuschungen eine große Rolle. In einzelnen Fällen läßt sich die Entstehung der Krankheit bis in die früheste Jugend verfolgen: Paranoia originaria. Häufig begegnen wir dem Ausbruch in der Pubertät.

Die Entwicklung der Paranoia vollzieht sich fast immer allmählich, erstreckt sich oft über viele Jahre. Den Anfang machen leichte Verstimmungen, Mißtrauen, auch wohl unbestimmte körperliche Beschwerden und hypochondrische Befürchtungen. von Krafft-Ebing spricht von einem Monat bis Jahre umfassenden Einleitungsstadium der Ahnungen und Vermutungen und hebt hervor, daß vor der eigentlichen psychischen Erkrankuug stattgehabte krankhafte Vorgänge im Nervensystem, Störung der Empfindung und Bewegung, dem Paranoischen eine Fülle von Material für seine Wahnbildung biete, daß die Krankheit, ausschließlich bei Belasteten vorkommend, sich aus konstitutionellen Nervenkrankheiten, oder wenigstens aus einer abnormen krankhaften Veranlagung des Nervensystems entwickelt.

Schüle sagt, daß selbst wenn die eigentliche Szene mit einem psychischen Sturm (Aufregung, Halluzinationen) beginnt, dieser nicht in ein bis dahin gesundes Geistesleben einbricht, sondern stets in ein vorbereitetes. Die innere Unsicherheit und Ratlosigkeit erzeugt Mißtrauen und zunehmende Selbstisolierung. Oft schon wird jetzt der Appetit und Schlaf unwiederbringlich gestört; der Kranke magert ab, fühlt sich auch körperlich elender und geistig sich immer mehr ein Rätsel. Schüle mißt der Neurasthenie bei der Entwicklung

große Bedeutung bei. Reflektorisch entstehen durch die nervöse Erkrankung des Rückenmarks — seiner Ansicht nach spielt die Nervenschwäche des Lendenmarks als mitwirkende Ursache bei den sich ausbildenden Wahnideen in sehr vielen Fällen eine wichtige Rolle — Gefühlsstörungen in anderen Bezirken des Nervensystems, besonders im Gehirn, und erzeugen gewisse Veränderungen der Gemeingefühle, auf denen die Wahnideen erwachsen. Bei einer anderen Reihe von Fällen wird durch eine auf chronischen Magen-Darm-Affektionen beruhende Neurasthenie mit hypochondrischer Verstimmung der Boden für die Verrücktheit vorbereitet. Oder es geht voraus psychisch ein tiefes Mißtrauen gegen alle Menschen, körperlich Nervosität, Kopfdruck, ungeheure Mattigkeit, erschwerte Apperzeption und Reproduktion, leichte Erschöpfbarkeit, Hinundherschwanken zwischen Geschäftigkeit und Arbeitsunlust, hypochondrische, weinerliche Stimmung. Auch Friedmann ist der Ansicht, daß es bei der Paranoia zum guten Teil neurasthenische Symptome sind, welche den Beginn und den Anlaß der Wahnbildungen vorstellen. Zenker beschreibt das Moment der persönlichen Beeinträchtigung als ein sehr wichtiges Erstlingssymptom von Psychosen überhaupt. Er spricht auch von dem Mißtrauen. Er sagt, die meisten unsrer Kranken seien mißtrauisch und dem Mißtrauen pflege der Glaube an eine persönliche Beeinträchtigung auf dem Fuße zu folgen.

Der Verlauf der Krankheit ist dann gewöhnlich folgender nach Siemerling: Das Mißtrauen steigert sich, der Kranke kommt sich fremd vor in seiner Umgebung, sucht Rat und Aufklärung, scheut sich zu fragen und legt sich aufs Beobachten. In gespannter innerer Unruhe und Erwartung verfolgt er nun alles, was in seiner Umgebung sich abspielt. Er hat die Vermutung, die Ahnung, daß etwas gegen ihn vorliegt, und findet eine Bestätigung dieses Verdachts in den harmlosesten Vorgängen. Alles bringt er in Beziehung zu sich, sucht hinter allem etwas. Die Idee, daß er beobachtet wird, setzt sich mehr und mehr fest. Er hat das Gefühl, daß er verfolgt wird, vergiftet werden soll. Eine leichte Übelkeit, ein Unbehagen nach dem Essen gibt ihm die Ge-

wißheit, daß das Essen vergiftet war. Die Verfolgungen erscheinen so ausgedehnt, mit solcher Überlegung und List ausgeführt, daß er auf die Vermutung kommt, es müssen ganz bestimmte Leute dabei beteiligt sein.

Auf dieser Stufe der Entwicklung kann die Erkrankung verharren: Verfolgungswahn.

In der Regel treten noch andere Ideen hinzu oder gehen mit den Verfolgungsideen Hand in Hand, sind gleich von vornherein mit diesen vorhanden: Größenwahn.

So können sich Verfolgungs- nnd Größenwahn oder beide kombiniert entwickeln durch die unrichtige Auffassung wirklicher Erlebnisse und durch die falsche Deutung von Wahrnehmungen.

Jedenfalls genügen Diese, um die Auffassung des Kranken über seine Person und ihr Verhältnis zur Außenwelt ganz zu ändern, sie zu verschieben, zu „verrücken."

Sinnestäuschungen sind nicht unbedingt nötig zum Zustandekommen. In vielen Fällen sind sie so zahlreich auf allen Gebieten, daß sie der Erkrankung ein besonderes Gepräge verleihen: Paranoia chronica hallucinatoria.

Die Stimmung der Kranken wechselt, im großen und ganzen mit den Wahnideen im Zusammenhang stehend, insofern, als eine gehobene, selbstbewußte, den Größenideen, eine erwartungsvolle, ablehnende, mißtrauische, leicht reizbare, erregbare Stimmung den Beeinträchtigungsideen entspricht. Manche Kranke haben sich sehr in der Gewalt, verraten in ihrer Stimmung gewöhnlich nichts von den sie beherrschenden Vorstellungen. Gelegentlich, bei besonderen Veranlassungen, macht sich die gehobene oder mißtrauische Stimmung geltend. Sie sind dann sofort bemüht, dies zu verbergen. Auch im ganzen Auftreten, Bewegungen, Handeln zeigen oft die Kranken, namentlich im Beginn keine auffallenden Störungen. Sie verstehen sehr geschickt, ihr Mißtrauen, ihre Furcht zu verbergen.

Bei vielen Kranken ist die Reaktion auf die Wahnvorstellungen eine recht lebhafte; sie suchen Schutz gegen ihre vermeintlichen Gegner, wenden sich an die Behörden, bringen

der Polizei Nahrungsmittel, damit diese auf Gift usw. untersucht werden. Um ihren Feinden zu entgehen, machen sie fortwährend Reisen, wechseln sie die Wohnung.

Die Sprache der Verrückten zeigt oft Besonderheiten; sie sprechen vielfach eigentümlich geziert, affektiert, andre stottern infolge hypochondrischer Empfindungen im Halse, an der Lunge, im Munde.

Der Verlauf ist ein chronischer, oft sich über das ganze Leben erstreckend. Die Wahnbildung ist nicht immer progressiv, es kommt zu Stillständen.

Die Prognose ist eine ernste. Mit der Annahme der Unheilbarkeit in jedem Falle von Verrücktheit muß man sehr vorsichtig sein. Vereinzelt gelangt die Erkrankung zur Heilung. Es sind besonders die Fälle, welche mit einer lebhaften Beteiligung der Affekte einhergehen, bei denen es vorwiegend zur Entwicklung von Verfolgungsideen gekommen, der Größenwahn nur angedeutet ist, nicht zu einer totalen Veränderung der Persönlichkeit geführt hat.

Manche Kranke lernen sich so beherrschen, daß sie Genesung vortäuschen können. Die Intelligenz bleibt in vielen Fällen intakt. Bei einem Teil tritt unter Zerfall des Wahnsystems deutliche geistige Schwäche ein.

Die zweckmäßige Therapie wird der Versuch der Ablenkung durch geeignete Beschäftigung sein. Es wird von manchen Zufälligkeiten, die in dem Charakter des Kranken, in dem Inhalt der Wahnvorstellungen, in der äußeren Umgebung begründet liegen, abhängen, wann ein Kranker in Anstaltsbehandlung kommt. — Bei dem schädlichen Einfluß, den zuweilen die Zurückhaltung ausübt, wird bei nicht vorhandener Gemeingefährlichkeit der Versuch einer freieren Unterbringung angezeigt sein.

A. B., 3. XII. 1875 geboren, unverheiratet, Kupferschmied. Eine Schwester in der Anstalt. Normale Kindheit. Guter Schüler. Dann Kupferschmiedelehrling in Kiel. Mit 20 Jahren Torpedomatrose, nur Ost- und Nordsee befahren. Nach 7 Jahren als Obermaschinistenmaat abgegangen. 1898 Gonorrhoe, ¼ Jahr im Lazarett in Behand-

lung. Lues negatur. Nach Abgang von Marine in Chile: Dort mal Kolik und Ausschlag am Bein. Sonst nie krank.

Oktober 1908 nach Kiel zurück aus Chile, wo er Maschinenbauer und Kupferschmied war, weil sich dort ein Weib einbildete, er werde sie heiraten. Weil er sich aber weigerte, wurde ihm fortwährend auf Veranlassung dieses Weibes von seinen Hausleuten in alle Mahlzeiten und Nahrungsmittel irgend etwas hineingetan, damit er heiß werden sollte. (A. V.). Erektionen bekommen. Er habe es daran gemerkt, daß er eines Tages einige Stunden nach dem Essen Magen- und Kopfschmerzen und Erektionen bekam. Das wurde immer schlimmer und kam dann regelmäßig. Er konnte nicht mehr schlafen. Der Appetit ging weg, der Stuhlgang wurde fest, die Herzaktion wurde unregelmäßig; es schlug bis zum Halse herauf.

A. V. Er habe es nie gesehen, wie das Zeug ins Essen getan wurde. Sobald er die Leute zur Rede stellte, lachten sie ihm ins Gesicht. Er habe jahrelang vorher dort gewohnt, ohne das zu haben, erst als das Weib ihn heiraten wollte, sei es gekommen. Die Leute seien drüben so gemein.

Einwirkung von Giften durch den Beruf sei ausgeschlossen, weil er es früher nie gehabt. Eine solche Katastrophe, daß man plötzlich mit einem Fuß im Grabe stehe, könne doch nicht durch den Beruf kommen.

Als es ihm zu toll wurde, sei er Knall und Fall weg nach Deutschland. Als er auf dem Schiff war, wurde es nicht ganz gut, weil Leute mitfuhren (1 Herr und 1 Dame aus Chile), die mit dem Weib in Verbindung standen (a. V.). Er nehme das an, weil er von diesen auf Deck immer mit häßlichen Blicken bedacht und fixiert wäre. Es müsse dasselbe Gift wie in Chile gewesen sein. Gesprochen habe man über ihn nicht. Am 2. Tage nach der Ankunft in Hamburg habe er in seiner Wohnung, die er sich eingerichtet hatte, bemerkt, daß Privatdetektive ihn beobachteten (a. V.). Er habe sie auf der Straße gesehen, in seiner Wohnung seien sie während seiner Abwesenheit gewesen. Er wurde auf Schritt und Tritt verfolgt. Zunächst von einem, später von

mehreren. Gab nach 2 Wochen die Wohnung auf, weil er keine Stelle fand und zog nach Kiel, November 1908. Das Weib wollte jedenfalls dauernd wissen, was er triebe und wollte ihm Unannehmlichkeiten bereiten. Sie habe verhindert, daß er Stellung bekam. Er wurde in Hamburg bis zur Abreise von den Detektiven verfolgt. In Kiel bekam er erst nach Wochen eine Stellung. Zunächst wurde er hier wohl nicht verfolgt, er wisse es nicht. — Nachdem er eine Stellung hatte, habe er bemerkt, daß in der Wohnung über ihm die Leute Skandal machten, ihn am Schlaf hinderten, ausgingen, sobald er ausging und ihn verfolgten, wo er hinging, bis zur Werkstätte. Ob er bei der Arbeit beobachtet wurde, wisse er nicht. Er habe schließlich umziehen müssen, die Detektive zogen ihm nach. Der eine sorgte immer, daß er über ihm wohnen konnte. Er sei mehr als ein Dutzendmal umgezogen. Er habe schließlich garnicht mehr gewußt, wohin (a. V.). Es seien mehrere, die von dem Weib angestellt seien, denn sie sei sehr reich und ließe es sich was kosten.

In seiner jetzigen Wohnung wohne er seit dem ersten April. Schon am ersten Abend habe der Detektiv über ihm Krach gemacht. Er habe die Wirtin zur Rede gestellt, die als Ausrede angab, der Krach sei schon früher dagewesen. Daraufhin sei der Krach weniger geworden, sodaß er in dem Monat April zwar beobachtet, aber nicht belästigt wurde. Etwa im Mai habe er gemerkt, daß er nach Kaffeegenuß Magenschmerzen bekam. Das sei allmählich regelmäßig der Fall gewesen. Dann seien Rücken- und Schulterschmerzen hinzugekommen. Im Juni kam auch der r. Arm dran. Um diese Zeit seien die Schmerzen nach dem Mittagessen, das er außerhalb am Privatmittagstisch einnahm, so heftig geworden, daß er minutenweise die Arbeit einstellen mußte. Die Detektive hätten sich mit der Küche, aus der er das Essen bekam, in Verbindung gesetzt, daß ihm schädliche Substanzen hineingemacht wurden (a. V.). Jeder habe seine Portion zugewiesen bekommen, infolgedessen habe er nicht vermuten können, daß das Essen aus einem gemeinsamen Topf genommen würde. Vor 3 Wochen sei der Arm kraftlos und gefühllos geworden, sodaß er die Arbeit einstellen mußte.

Er ging zum Arzt, habe ihm aber dann erst vor ein paar Tagen von der Vergiftung erzählt; der habe es für möglich gehalten und ihn in die Klinik geschickt. Er habe oft versucht, ein ihm unbekanntes Lokal aufzusuchen und sofort Essen verlangt. Aber auch danach habe er furchtbare Schmerzen bekommen. Also müsse der Detektiv hinter ihm her in die Küche gegangen sein und die betr. Köchin bestochen haben, daß ihm Gift ins Essen getan wurde. Er halte es wohl für möglich, daß es ihm keiner glaube; er sei aber der Leidtragende. Er nehme an, daß das hier mit dem vergifteten Essen nicht passiere. Er wisse, wie oft es vorkomme, daß jemand durch Gift beseitigt werde, auch daß es viele Kranke gebe, die sich so etwas nur einbildeten. Er sei aber strahlend gesund in dieser Beziehung. Wenn er von der Klinik als geheilt entlassen werde, fingen die da draußen doch von vorne an, wenn ihnen das Handwerk nicht gelegt werde. Von hier aus müsse der Kaffee, den er mitgebracht habe, untersucht werden. Was zu machen sei, wisse er nicht.

Seit 2—4 Tagen fangen die Schmerzen auch im linken Arm an, sie seien von der Schulter schon im Ellenbogen angelangt. Die Schmerzen seien dauernd. Manchmal verschlimmerten sie sich auf Minuten bis zur Unerträglichkeit. Am geringsten wären sie, wenn der Arm gut warm sei.

Er lasse sich für die Richtigkeit seiner Auffassung den Kopf abhauen.

Magenschmerzen habe er jetzt nicht mehr. Die Zunge sei zwar belegt; er sähe sie sich jeden Morgen an. Stuhl sei auch noch schlecht.

Er habe sonst nie bemerkt, daß über ihn geredet würde, habe auch nichts gesehen, habe keine Halluzinationen sonst.

Er habe keine Freunde oder Bekannte. Seine vertrauten Kollegen hätten alle gelacht, als er es ihnen erzählt hatte. Er habe sich deshalb mehr und mehr zurückgezogen. Die Abmagerung der Hand bestehe seit Anfang Juni; seitdem habe er auch Kribbeln, als wenn die Hand erfroren wäre: als ob er die erfrorene Hand in warmes Wasser tauche.

Die Finger seien seit 4 Wochen immer steif. Er habe in den letzten 14 Tagen nur 3 mal warm gegessen. Wenn er sich sein Essen selbst zubereitet habe, Milch gekocht u. s. w., so habe er keine Schmerzen gehabt. Er habe es aber nicht durchführen können, da der Arzt es nicht genehmigt habe; bei solcher Ernährung könne es nie heilen.

Sonst habe er keine Beschwerden. Er schlafe schlecht nur wegen der Schmerzen, die nachts infolge der Bewegungslosigkeit geringer wären.

Seine Kenntnisse und Merkfähigkeit hätten nicht abgenommen. Auch Rechnen könne er.

Er habe in der letzten Zeit überall Heiratsannoncen eingesetzt, aber immer ohne Erfolg, weil das Weib hindernd dazwischen getreten sei. Wenn er Geld gehabt hätte, so würde er sich auch Detektivs genommen haben.

Er habe nicht daran gedacht, sich an die Polizei zu wenden, weil die Kerle zu pfiffig zu Werke gegangen seien.

Die Chilener seien alle Spitzbuben, vom Präsidenten abwärts.

Status: L. Bauchdeckenreflexe: sehr lebhaft.
R. Bauchdeckenreflexe: zeitweise undeulich.
Kremasterreflex: lebhaft.
Kniephänomen: lebhaft.
Achilles-Reflex sehr lebhaft.
Keine Kloni.
L. Unterschenkel große flächenhafte, rosige Ulcus cruris-Narbe.
Kein Romberg.
Zehen plantar.
Gang frei.
Sensibilität: Rumpf und Beine o. B.
Puls 72, regelmäßig, kräftig.
Arterienrohr stark gespannt.
Hoffmannsche Holzkörper:

	r.	l.
1/4 Kugel:	Teil einer Kugelhälfte	+
Würfel:	+	+

Würfel mit runden Ecken: Prisma, +
sonst ohne Besonderheiten.

Keine Tastlähmung; unrichtige Angaben durch Verlust der Abtastbewegungen bedingt.

Schwereempfindung: 5 Würfel: +

Druckempfindlichkeit der Wirbeldorne etwas unbestimmt zwischen 4. und 7. Dorsalwirbel. Dasselbe an beiden Schulterblättern, rechts mehr als links.

Größe: 161.

Gewicht 63 kg.

Temperatur: 36,9.

Kräftiger Knochenbau, schlaffe Muskulatur, guter Ernährungszustand, Kopfhaare stark gelichtet, Nähte sichtbar, Rundkopf: 56 : 15,5 : 18,5; sehr breites Hinterhaupt. Schädel nicht empfindlich, kleine Ohren.

Linke Lidspalte größer als rechts.

Gesicht leicht unsymmetrisch.

V. frei, Augenbewegungen frei.

Pupillen mittelweit, links größer als rechts, rund, Spur Exophthalmus links.

R. Licht +.

R. Konvergenz +, Spur besser.

VII. rechts größer als links.

Gaumen etwas steil, Spur Foetor exore.

Zunge stark belegt, zittert nicht, gerade, kein Biß.

Gaumenbögen rechts = links gehoben.

Sprache etwas unbeholfen.

Konj. R. +. Vasomotorische Nachwirkung langsam, Dermographie.

Oberer Extremitätenreflex rechts größer als links.

Mechanische Muskeleinwirkung an den Armen idiomuskulärer Wulst, rechts größer als links. Sehr feinschlägiges Zittern der ausgestreckten Hände mit sehr deutlichem Quinquaud. Beim Ausstrecken hängen die Finger der r. Hand in allen Interphalangealgelenken leicht gebeugt, schlaff herunter, am stärksten am 5. Finger. Die Beugestellung bleibt bestehen noch nachdem die Hand supiniert ist. Auf Kom-

mando: „Ausstrecken!“ tritt nur ganz geringe Dorsalflexion unter Zunahme des Zitterns ein.

Isolierte Spreizung nicht möglich und andeutungsweise erst nach leichter Dorsalflexion der ganzen Hand.

Im ganzen wird die Exkursion nach mehrmaliger Innervation eher besser. Appositionsbewegungen sowohl des kleinen Fingers wie Daumens fast aufgehoben.

Beugung im Metakarpophalangealgelenk erheblich beschränkt.

Faustmachen gelingt nicht.

Aktive Dorsalflexion in den Phalangealgelenken fast ⊖, in den Grundgelenken beschränkt.

Streck- und Beugebewegung im Handgelenk kaum erschwert.

Dynamometer links 60,

„ rechts ⊖.

Aktive Bewegung im Ellenbogen mit guter Kraft rechts = links.

Pro- und Supination nicht beschränkt. Auch bei allen übrigen Bewegungen bleibt leichte Krallenhand bestehen; keine apraktischen Erscheinungen rechts und links.

Schulterblattmuskulatur gut entwickelt, r. = l.

R. Schulterblattspitze etwas stärker hervortretend als links.

Patient hält linkes Ohr dauernd etwas tiefer.

Pinselberührung: Lokalisation zeitweise etwas ungenau. Spitz und stumpf längs der r. Ulnarkante häufig verwechselt. Finger sind frei.

Im selben Bereich Schmerzempfindung spurenweise herabgesetzt.

Temperaturunterscheidung gut.

Die Spatia interossea sind an der r. Hand deutlich eingesunken, am stärksten zwischen 2. und 3., aber zwischen 4. und 5. deutlich.

Passive Streckung keine Kontraktur.

Keine trophische Störung.

Kleinster Unterarmumfang r. 16, l. 17.
Größter „ r. 25, l. 26.
Kleinster Oberarmumfang r. 23, l. 24.

Stereognostisch: Metermaß:
r. feuchtes Papier,
l. Papierrolle.
Perkussionshammer: r. Stückchen Holz.
Schlüssel: r. +, l. +,
Bürste: r. +, l. +.
Herztöne: paukend, rein.
Lunge: o. B.
Große Nervenstämme: o. B.
Im ganzen Muskulatur des r. Armes vielleicht etwas schlaffer.
Kommt mit Arzneiflasche Kaffee, die untersucht werden soll.
Diagnose: Paranoia chronica +, spinaler Prozeß.
(Tumor? Pachymeningitis?).

19. VII. Patient klagt über heftige Schmerzen im Rücken, r. Schulter und Arm, bleibt deshalb zu Bett: bei Wärme sei es noch am besten. Liest. Appetit gut. Keine Entartungsreaktion, auch nicht in den Interossei. Zuckungsexkursion wird bei wiederholten Reizungen größer. Er meint, man nehme seine Angaben über seine Verfolgungen als Zeichen von Geistesstörung, will deshalb weg, bleibe hier unter keinen Umständen.

Wird am 22. VII. als gebessert entlassen.

24. VII. Pat. kommt allein wieder zur Aufnahme, vom Arzt geschickt. Klagt über heftige Schmerzen in beiden Schultern und im Rücken (Brustwirbelsäule) und könne nicht schlafen. Verweigert Schlafmittel.

Lumbalpunktion: Druck nach 2 Minuten ruhiger.
Atmung 200.
Liquor klar.
Starke Trübung mit $HgSO_4$.
Mäßige Trübung mit Ammoniumsulfat.
Keine Lymphozytose (4 im ccm).
Wassermann: negativ.

Röntgenbild von der Wirbelsäule:

Kyphose. Scheitel am 1. Brustwirbel, der gegenüber d. 2. Brustwirbel etwas nach links verschoben.

Diagnostische Schlüsse nicht möglich.

Augenuntersuchung:

Vorhandensein einer rechtsseitigen Sympathikusaffektion.

Auf der r. Optikushyperämie, besonders auf der nasalen Seite.

28. VII. Pat. hat mittags heftigere Schmerzen, macht einen leidenden Eindruck, will alle Augenblick anders behandelt sein. Aspirin, das ihm morgens auf Wunsch verschrieben ist, lehnt er mittags ab, zweifellos unter dem Einfluß von Befürchtungen vor Vergiftung. Abends etwas Temperatursteigerung, dabei Puls sehr stark hebend.

2. VIII. Vorschlag einer Operation abgelehnt. Klagt immer noch über Schmerzen im r. Arm. Hat an der Behandlung immer etwas anszusetzen. Verweigerte gestern das Elektrisieren. Wenn er keine Bäder bekomme, wolle er auch das nicht. Hat die meiste Zeit zu Bett gelegen, liest oder schläft. Appetit verschieden. Stimmung wechselnd.

7. VIII. Gegen alles mißtrauisch. Lehnt Medikamente prinzipiell ab. Queruliert andauernd. Schiebt die Schuld seiner Beschwerden auf ärztliche Maßnahmen. Bekommt jetzt elektrische Bäder. Klagt über große Schwäche auch in den Beinen.

Kniereflex: lebhaft, r = l.

Babinski: ⊖.

Fußklonus: beiderseits angedeutet.

Rechte Lidspalte bedeutend enger als linke.

R. Auge zurückgesunken.

Schwäche im r. Arm nimmt zu. Im Liegen wenig Schmerzen, beim Aufsein Schmerzen im Kreuz, große Unsicherheit, schwankt, muß sich festhalten.

9. VIII. Pat. äußerte, wenn es mit ihm nicht besser werde, würde er sacht etwas tun. Denkt sehr pessimistisch über seine Krankheit. Möchte lieber so sterben, als sich operieren lassen. Hat hypochondrische Sensationen. Queruliert über alles. Klagt über Magenbeschwerden, weil ihm die Margarine nicht bekommt; will trockenes Brot.

13. VIII. Pat. fährt ab heut wöchentlich einmal zur Röntgentherapie in die chirurgische Klinik. Nebenher Massagetherapie.

Schlafmittel, 3×0,5 Sabromin, Einläufe oder Ol. Ricini bis 10. X. Von da ab tgl. 2×0,5 Sabromin bis 30. XI.

Von da ab 2×1 Eßl. Jodkali täglich.

Sehr schwach auf den Beinen, kann nicht allein gehen oder stehen.

16. VIII. Zunehmende Schwäche.

Babinski links.

Verweigert Massage wegen stärkerer Schmerzen im l. Arm nach derselben. Für Operation nach wie vor unzugänglich.

Ophthalm. o. B.

Schädel auf Klopfen empfindlich.

Pupillen links größer als rechts.

Lidspalten „ „ „ „ .

R. L. +.

R. C. +.

A. B. frei.

VII. symmetrisch.

XII. gerade, zittert, etwas belegt.

Gaumenbögen gleichmäßig.

Würgreflex lebhaft.

Keine Sprachstörung.

M. M. E. sehr lebhaft.

Hyperhidrosis man. r. größer als l.

R. o. E. gesteigert, r. größer als links.

R. Vorderarm stark abgemagert.

Umfang 10 cm unterhalb des Ellenbogens:

R = 22 cm.

L = 24 cm.

Umfang 12 cm oberhalb des Ellenbogens:

R = 25 cm.

L = 25 cm.

Motilität o. E. frei; keine Spasmen.

Finger-Nasenversuch ziemlich sicher.

Tremor man. bes. r. Intermetacarpalraum eingesunken, bes. r. Daumenballen r. atrophisch. Finger bdsts. im 1.

Interphalangealgelenk leicht gebeugt. Beugen und Strecken der Vorderarme gleichmäßig mit guter Kraft. Sämtliche Bewegungen der Oberarme mit leidlicher Kraft. Spreizen und Schließen der Finger schlecht: r. = l.

Faustschluß unmöglich. Strecken der Finger mit sehr geringer Kraft. Endglieder ⊖. Pro- und Supination mit guter Kraft. Pinselberührung an den Armen leidlich lokal. Temperaturempfindung spitz, stumpf, etwas herabgesetzt.

Kann sich aus liegender Stellung nicht allein aufrichten.

Gegend des VI. und VII. Halswirbels geschwollen. Kann den Kopf nicht ganz strecken, leidlich beugen. Neigung des Kopfes nach beiden Seiten stark beschränkt. Rotation leidlich.

I. Brustwirbelfortsatz druckempfindlich. Bei Schlag auf den Kopf Schmerzen in der Gegend des VI. und VII.

Ebenso bei Beklopfen.

Abdominalreflex in den oberen Partien spurenweise.

Kremasterreflex: r. lebhaft, l. spärlich.

Kniephänomen +, lebhaft.

Kein Klonus.

Achillesreflex +, lebhaft.

Zuweilen Babinski r. angedeutet.

Fußklonus bdsts. rechts größer als links.

Keine deutlichen Spasmen, nur bei Streckung im Knie.

18. VIII. Pat. wird zur Operation in die chirurgische Klinik überführt.

24. VIII. Operation. Entfernung der Dornfortsätze, Freilegen der Dura, Eröffnung des Durasackes. Auffallend starker Liquordruck und Gefäßinfektion, aber kein Tumor zu erkennen. Verschluß der Dura. Muskel-Hautnaht.

29. VIII. Abends hohe Temperatur. Wunde bis auf kleines Haematom geschlossen. Keine meningitischen Erscheinungen. Pat. klagt über Blasenschmerzen, sodaß Verdacht auf aufsteigende Cysto-Pyelitis entsteht.

3. IX. Besserer Allgemeinzustand. Wunde heilt gut. Urin geht spontan ab. Befund am Nervensystem unverändert.

9. IX. Von der chirurgischen Klinik in die Nervenklinik zurückverlegt. Ernährungszustand reduziert, Fettglanz im Gesicht, vermehrte Schweißsekretion, besonders am Kopf. Kopf nicht empfindlich.

Verband in Höhe von C. 4 — C. 7, Operationsnarbe reizlos. befindet sich quer in Höhe von Spina C. 5/6 und längs 2 Querfinger von der Mittellinie,

Beginnender Dekubitus über Spina C. 7.

Pat. hält Kopf unbeweglich steif. Beim Versuch, sich emporzurichten hilflos. Hebt ganz allmählich den oberen Teil des Rumpfes von der Unterlage ab, muß sich mit beiden Armen festhalten; kommt so bis zu einem Winkel von 60° zur Horizontallage. Halswirbelsäule steif gehalten.

Pupille: links über mittelgroß.

„ rechts eng.

R. —, Licht +. A. B. frei.

R. —, Convergenz +. VII. annähernd symmetrisch, XII. gerade, leicht belegt, frei beweglich.

Gaumen o. B.

Würgreflex +.

Sprache o. B.

M. M. E., V. N. gesteigert.

Motilität der Arme mit leidlicher Kraft; Händedruck sehr gering.

Dynamometer: r = ⊖, l = ⊖.

Finger in leichter Beugekontraktur, sonst aktive Bewegungen excursiv fast ungestört.

R. o. E. sehr lebhaft, r = l.

Große Nervenstämme nicht empfindlich.

Muskulatur welk; Spatia interossea gleichmäßig eingesunken. Kein Tremor, keine Ataxie.

Bauchdeckenreflex ⊖. Leib etwas aufgetrieben, Muskulatur sehr gespannt.

Kremaster: r = +, l nicht deutlich.

Kniephänomen: r schwach, l + ⊖.

Achillessehnenreflex: r = +, l = ⊖.

Kein Klonus.

Auf energische Innervationsversuche erfolgt keine Spur von Bewegung in den Beinen. Es tritt nur eine geringe Axenbewegung des Rumpfes dabei auf. Schlaffe Lähmung. Fußspitze hängt plantar nach außen. Turgor normal. Muskulatur fühlt sich nicht besonders schwach an. Haut zart, weiß. Keine Ödeme. Zehen schwach dorsal. Kein Babinski. Urinträufeln. Stuhl angehalten. Herztöne rein, etwas paukend.

Lunge o. B.

Puls 84, regelmäßig. Arterienrohr weich. Leib nicht empfindlich. Orientierung +. Freundliches Wesen. Trägt Krankheit mit großer Geduld.

15. IX. Zeitweise Schmerzen im Rücken an der Dekubitusstelle und in der Schulter. Stuhl zeitweise angehalten. auf Glycerineinlauf prompt.

Leidlicher Appetit. Abends wiederholt Temperaturanstieg, ohne erkennbare Ursache. Pat. klagt, er habe in der chirurg. Klinik etwa 10 Tage nach der Operation kurze, ruckartige Zuckungen in der Beckengegend bis zum Knie gehabt mit kurzem Schütteln. Es sei mehrmals, und zwar nachts öfter als am Tage, aufgetreten. Er habe es auch hier in letzter Zeit bemerkt.

Temperaturempfindung an den Beinen und der Brust von D. III. ab aufgehoben, Schmerz-Unterscheidungs-Empfindung an der Brust von D. III bis D. V normal, von D. V ab aufgehoben. Beides von C. III bis D. III gesteigert.

Schmerzunterscheidung aufgehoben an der Ulnarkante der Arme.

Dermographie bleibt viele Minuten bestehen, sehr stark, ohne Quaddeln.

4. X. Pat. klagt häufig über Schmerzen in r. Schulter und r. Arm, besonders beim Umbetten und Versorgen. In der Oberschenkelmuskulatur bdsts. klonische Zuckungen, die durch Kältereiz beim Aufdecken schon ausgelöst werden. Dekubitusgeschwür über 7. Halswirbel sauber.

12. X. Druckstelle trotz sehr vorsichtiger Lagerung an beiden Fersen und an der Außenseite der r. kl. Zehe.

Füße zeigen Neigung zur Spitzfußstellung. Zehen leicht gebeugt. Auffällig ist starkes Schwitzen zeitweise in letzter Zeit, besonders auch nachts, am Kopf, Hals, oberster Brust, Armen und Händen, wobei der übrige Körper trocken ist. Große Schwäche in den Armen. Nahrungsaufnahme und Schlaf leidlich. Völlige Urinkontinenz, Stuhl nur auf Einläufe. Meist euphorische Stimmung.

20. X. In letzter Zeit subjektiv weniger Beschwerden; Schmerzen im r. Arm haben ganz aufgehört. Reizerscheinungen (Zuckungen in Oberschenkeln) nur ganz selten. Atrophie der kleinen Handmuskeln hat zugenommen. Keine Änderungen des Befundes am Nervensystem. Umfangreiches Dekubitalgeschwür über dem Kreuzbein, kleineres, gut granulierendes, noch von der Operation herrührend, über der Halswirbelsäule. Temperatur nicht erhöht, Nahrungsaufnahme genügend.

14. XI. Pat. fällt in letzter Zeit sichtlich ab, verliert an Gewicht. Dekubitus geht in die Tiefe, auf der r. Seite unterminiert er das Gewebe, sondert Eiter ab. Temp. abds. meist um 39°, morgens immer 37°. Pat. schwitzt viel. Hat heftige Kopfschmerzen. Befund an Rumpf und Extremitäten in letzter Zeit unverändert. Pat. wird sehr zurückhaltend und zeigt leicht überlegene Mine, als man ihn nach seinen früheren Vergiftungsideen fragt, sagt schließlich, er möchte nicht mehr darüber sprechen, man glaube ihm ja doch nicht. Auf die Frage, ob er denn glaube, daß die fremde Macht auch bis in die Klinik reiche, wiederholt er, er spreche darüber nicht gern, rege sich auch weiter nicht auf. Man werde allmählich mürbe, wenn es einem so schlecht gehe. Es helfe ja doch nichts, wenn man sich wehrte, man sei machtlos.

10. XII. In letzter Zeit keine Änderung.

30. XII. Dekubitus heilt. Am Nervensystem keine Änderung, jedenfalls sicher keine Zunahme. In letzter Zeit vermehrte Schmerzen in r. Schulter und r. Oberarm. Stuhl und Urin dauernd unter sich gelassen. Nachts meist starkes Schwitzen.

5. I. 14. Seit gestern Temperaturanstieg. Starke Pulsbeschleunigung, Atmung oberflächlich und frequent, starkes

subjektives Empfinden von Atemnot. Pat. bringt die Verschlechterung seines Befindens in Zusammenhang mit dem Wechsel der Stationsschwester. Nähere Erklärung gibt er dafür nicht. Erhält Morphium subkutan.

6. I. Atmung immer oberflächlicher. Heute morgen 5 Uhr Exitus.

Sektionsbefund:

Halswirbelsäule etwas nach links abgewichen.

1. Brustwirbeldornfortsatz fehlt; in Höhe dieses Defektes rechts der Mittellinie eine kastaniengroße Granulationsmasse; eine gleiche Granulationsmasse findet sich nach außen vom Semispinosus und erstreckt sich halbhandflächengroß nach rechts vorn flächenhaft. Davor einige markig geschwellte, bohnengroße Lymphdrüsen; die markige Masse ist rechts bis unter den Cucullaris durchgewachsen.

Gehirn: Dura trocken, etwas gespannt. Pia: Spur trübe. Venen stark gefüllt. Gewicht 1360. Oberfläche makroskopisch o. B.

Die Geschwulstmasse rechts der Wirbelsäule umschneidet das Rückenmark in Form eines breiten Ringes. Bei Herausnahme des Rückenmarks zeigt sich die Dura des unteren C und oberen D breit mit dem Knochen verwachsen. Das Rückenmark zeigt eine fast vollkommene Unterbrechung von 2½ cm in Höhe des unteren Cervical- und 1. Dorsalsegmentes. Der Wirbelkörper von C 7 und D 1 fühlt sich morsch an. In wie weit besteht nun bei dem vorliegenden Fall ein Zusammenhang zwischen der Kompressionsmyelitis und der Paranoia?

Die Entstehungsgeschichte einer geistigen Erkrankung ist fast immer eine sehr verwickelte. Nur selten finden wir hier einfache Beziehungen zwischen greifbaren Ursachen und entsprechenden Wirkungen vor, fast immer sind wir in der Lage, mit einer ganzen Reihe von verschiedenen Möglichkeiten rechnen zu müssen, deren besondere Bedeutung im einzelnen Falle wir oft kaum annähernd abzuschätzen vermögen (Kräpelin).

Es ist statistisch nachgewiesen, daß etwa 4½ % sämtlicher Geisteskrankheiten ihre Entstehung einer Infektions-

krankheit verdanken. Es wurde aber erst Ende des 18. Jahrhunderts von Esquirol auf den ätiologischen Zusammenhang dieser beiden Krankheiten hingewiesen. Mitte des 19. Jahrhunderts versuchte Baillarger dem entgegenzutreten, der in der Psychose nur eine zufällige Kombination sah; doch wurde seine Auffassung auf das heftigste bekämpft.

Die Psychose im Anschluß an eine akute Infektionskrankheit läßt sich dadurch leicht erklären, daß man eine Einwirkung der Toxine des — in den meisten Fällen ja bekannten — Erregers dieser Krankheit auf das Zentralnervensystem annimmt. Manche Krankheitserreger (z. B. Typhus, akuter Gelenkrheumatismus, Influenza) scheinen sogar eine besondere Affinität zu der Gehirn- und Nervensubstanz zu haben, denn gerade nach diesen Krankheiten beobachtet man am häufigsten Psychosen. Ebenso sehen wir auch bei Herzfehlern derartige Erkrankungen auftreten. So finden wir z. B. bei Insuffiziens der Mitralis melancholische Angstzustände, entsprechende Halluzinationen und Verfolgungsideen von unbestimmtem Charakter. Bei Mitralstenose hat man Verfolgungswahnideen mit Halluzinationen beobachtet. Jedoch hat man bemerkt, daß derartige Zustände eigentlich nur bei besonders praedisponierten Personen auftreten, während sie von den Infektionskrankheiten im allgemeinen ohne Wahl ausgelöst werden können.

Schließlich seien von den am häufigsten sekundär auftretenden Geistesstörungen die Psychosen der Schwangerschaft und des Wochenbetts erwähnt.

Wie weit die Geisteskrankheiten durch andere körperliche Erkrankungen hervorgerufen werden, läßt sich nicht sagen. Von den organischen Nervenkrankheiten ist es in erster Linie die Tabes, deren Beziehung zu Psychosen gerade in den letzten Jahren viel erörtert ist. Es treten dabei Psychosen auf, die absolut nicht den Charakter der Paralyse zu tragen brauchen. Man hat daher 3 verschiedene Arten von Geisteskrankheiten bei Tabes aufgestellt:

1. vorübergehende oder dauernde einfache Stimmungsanomalien und ähnliches mehr; Symptome, die ihrer Einfach-

heit oder wenig intensiven Ausbildung wegen nicht zur Annahme einer eigentlichen Psychose berechtigen.

2. Komplikation der Krankheit durch voll ausgebildete Psychosen irgendwelcher Art.

3. Paralyse.

Daß bei der multiplen Sklerose eine Änderung des psychischen Verhaltens, eine gewisse Stumpfheit und Euphorie mit der Zeit fast regelmäßig eintritt, ist bekannt. Nach neueren Beobachtungen kommt es jedoch in manchen Fällen auch zu ausgesprochenen psychischen Störungen, so enormen Größenideen usw.

Vielfach sind psychische Störungen im Zusammenhang mit Erkrankungen der peripheren Nerven (Polyneuritis) gebracht.

Auch die Basedow'sche Krankheit läßt selten leichte psychische Störungen vermissen. Toxische Schädigung von der erkrankten Schilddrüse aus ist es hier, die wahrscheinlich dem gesamten Krankheitsbilde zu Grunde liegt.

Aus dem eben Ausgeführten ergibt sich der allgemeine Gesichtspunkt, daß es die Nervenkrankheiten auf endogener, oft ererbter Grundlage sind, und solche infektiös-toxischen Ursprungs, bei denen Psychosen und auch leichte Änderungen der Psyche am meisten auftreten. (E. Meyer).

In der Zeitschrift für Psychiatrie 51. Bd. wird ein Fall von einem 42jährigen Paranoiker veröffentlicht, der gleichzeitig eine hochgradige Kompression der Medulla oblongata hatte. Der Kranke äußerte ein weitverzweigtes, auf Gehörshalluzinationen und Sensationen gestütztes Verfolgungssystem. Klagte besonders über Schmerzen im Hinterkopf und Nacken und glaubte wegen seiner Magenbeschwerden, er würde vergiftet. — Der betr. Referent hält die Schmerzen, die der Kranke äußerte, nicht für Halluzinationen im Gebiet der Hautnerven, sondern für Wurzelsymptome und ist der Ansicht, daß die bestehenden Wahnideen teilweise durch Allegorisierung von Wurzelsymptomen entstanden sind.

In unserem Falle haben wir es wahrscheinlich mit einer zur Paranoia prädisponierten Persönlichkeit zu tun.

Über die ersten Anzeichen der Paranoia bei ihm sind wir nicht unterrichtet; ebensowenig über sein Leben, sein Wesen vor den ersten subjektiven, von ihm geschilderten Erscheinungen. Es ist anzunehmen, daß er hereditär belastet ist, da nach seinen Angaben ja auch eine Schwester in der Anstalt ist.

Wie fast immer beim Ausbruch einer Geisteskrankheit die Verdauungsfunktionen gestört sind, die Geschmacksempfindungen krankhaft verändert sind, so begann auch hier der Gedanke an Vergiftung durch Verdauungs- und Geschmacksstörungen aufzutreten. Hand in Hand damit ging das Mißtrauen gegen seine Umgebung, der Gedanke, daß er überall verfolgt, beobachtet und beeinträchtigt wird.

Die Kompressionsmyelitis machte damals noch keine Erscheinungen. Erst im Mai 1909, also $^3/_4$ Jahr nach den ersten Anzeichen, traten die Rücken- und Schulterschmerzen auf, die auf die Kompressionsmyelitis zurückzuführen sind. Im Juni gingen die Schmerzen auf den rechten Arm über. Der Kranke führt diese Schmerzen, ebenso wie die Magenerscheinungen, auf die Vergiftungsversuche zurück. Durch die immer mehr in Erscheinung tretenden Symptome der Kompressionsmyelitis baut sich sein Wahnsystem immer mehr aus.

Die Kompressionsmyelitis beruht anscheinend bei ihm auf tuberkulöser Basis. Durch die anatomischen Veränderungen sind zunächst die Wurzeln des Rückenmarks geschädigt worden; daher die Schmerzen in Armen und Rücken. Im weiteren Verlauf gesellten sich dann die Symptome der Rückenmarksschädigung selbst hinzu. Diese ist außer der Wirbelkaries bedingt durch die bei der Sektion festgestellte Geschwulstmasse, die das Rückenmark schließlich bis zur völligen Trennung komprimiert hat.

Wahrscheinlich handelt es sich um eine Wucherung tuberkulöser Lymphdrüsen durch die Spinallöcher.

Vielleicht hätte eine rechtzeitige Operation Heilung der Kompressionsmyelitis gebracht, da ja, wie wir oben gesehen haben, nach Entfernung des die Kompression bedingenden

Tumors eine rasche Rückbildung der Kompression schon beobachtet ist. Ob aber die bereits bestehende Paranoia durch die dann zurückgehenden Beschwerden sich gebessert hätte, möchte ich bezweifeln.

Die in der letzten Zeit seiner Krankheit zur Schau getragene Geduld und Resignation ist vielleicht auch in diesem Falle auf das Bemühen der Paranoiker, ihre wahre Stimmung zu verbergen, zurückzuführen.

Literatur.

Flatau und Jacobsohn, Handbuch der pathologischen Anatomie des Nervensystems, S. 777.

v. Leyden und Goldscheider, Erkrankungen des Rückenmarks und der Medulla oblongata.

Hirt, Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten.

Bruns, Geschwülste des Nervensystems.

Mehring, Lehrbuch der inneren Medizin. Jahresbericht der Neurologie und Psychiatrie, 1902. Zeitschrift für Psychiatrie, 51. Band.

Binswanger und Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie.

Kunick, Zur Lehre der Paranoia chronica.

Sinogowitz, Geistesstörungen in ihren organischen Beziehungen.

Bressler, Wie beginnen Geisteskrankheiten.

Meyer, Die Ursachen der Geisteskrankheiten.

Bleuler, Affektivität, Suggestibilität, Paranoia.

Lebenslauf.

Am 5. September 1891 bin ich, Fritz Wilhelm Schneider, evangelischer Konfession, als Sohn des im Jahre 1909 verstorbenen Geheimen Rechnungsrates an der Königl. Oberrechnungskammer Otto Schneider in Potsdam geboren. Von meinem 6. Lebensjahre ab besuchte ich die dortige Vorschule und dann das Königl. Viktoriagymnasium, das ich im Herbst 1909 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Ich studierte Medizin in Jena, 3 Sem., Greifswald, 2 Sem., Berlin, 1 Sem., München, 1 Sem. und Kiel, 3 Sem. Die ärztliche Vorprüfung bestand ich im Frühjahr 1912 in Greifswald. Am 4. August 1914 bestand ich in Kiel das ärztliche Notexamen und erhielt im September 1914 die Approbation als Arzt.

Am 17. August 1914 trat ich als Kriegsfreiwilliger ein, wurde im Oktober 1914 zum Feldunterarzt befördert und bin seit Januar 1915 im Felde. Im Juni 1915 wurde ich zum Assistenzarzt befördert, war bis Oktober 1916 dauernd bei der Truppe und bin seitdem im Feldlazarett.